



Prezado paciente,

Instruções sobre o requerimento

Se você deseja se inscrever no Programa de Assistência Financeira da Providence Health Services, preencha e envie o Requerimento anexo. Se você tiver alguma dúvida, um representante de Assistência Financeira poderá ajudá-lo; basta ligar para 800-566-5050.

ELEGIBILIDADE

Para se qualificar para a Assistência Financeira, observe o seguinte:

- Um Requerimento para ajuda local, estadual ou federal pode ser necessário.
- **A renda familiar deve ser verificada. Forneça uma comprovação da renda familiar. (Comprovantes de devolução de imposto e/ou de pagamento recentes) Se você não tiver renda, forneça uma declaração explicando como é apoiado financeiramente.**
- Outras fontes de renda também devem ser relatadas e incluem: pensão para filhos, pensão alimentícia, indenização de trabalhadores, assistência pública, renda de autônomo e seguro-desemprego.

A Assistência Financeira não está disponível para:

- Itens pessoais, por exemplo, despesas com televisão.
- Serviço que não seja clinicamente necessário, incluindo procedimentos estéticos e tratamentos de infertilidade
- Serviço coberto pelo convênio em outra rede de assistência à saúde.
- Produtos farmacêuticos de venda livre.

A determinação da Assistência Financeira será somente aplicável ao episódio de assistência para o qual este Requerimento está sendo preenchido.

Envie pelo correio o requerimento preenchido e a documentação para:

Representante de assistência financeira do NRSC
10330 N. Meridian Street, 2N PFS
Indianapolis, Indiana 46290

Envie por fax o requerimento preenchido e a documentação para:

(317) 583-2753 A/C: Representante de assistência financeira do NRSC

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com o nosso Centro de Atendimento ao Cliente em 800-566-5050 Segunda a sexta-feira das 8:00 às 13:45 e das 14:30 às 16:00, fuso horário padrão do leste americano.



REQUERIMENTO PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

INFORMAÇÕES DO PACIENTE (EM LETRA DE FORMA)				Número da conta	
Nome do paciente:	Data de nascimento	Estado civil	Sexo		No. de telefone
Endereço:	Cidade	Estado	CEP		Endereço de e-mail:
Número do Seguro Social (SSN):	Empregador		Período integral Meio período		Quantas h/semana
Endereço do empregador:	Cidade	Estado	CEP		No. de telefone

INFORMAÇÕES SOBRE AS PARTES RESPONSÁVEIS

Nome <small>Mesmo acima</small>	Data de nascimento	Estado civil	Sexo	No. de telefone
Endereço:		Estado	CEP	Endereço de e-mail
Número de identidade	Empregador		Período integral Meio período	Quantas h/semana
Endereço do empregador	Cidade	Estado	CEP	No. de telefone

INFORMAÇÕES SOBRE A PARTE RESPONSÁVEL – CÔNJUGE

Nome do cônjuge	Número do Seguro Social (SSN):	Data de nascimento
Empregador do cônjuge:	Endereço:	Cidade Estado CEP No. de telefone

DEPENDENTES:

Nome	Idade	Relação	Nome	Idade	Relação

RENDA MENSAL BRUTA			DESPESAS MENSAIS COM MORADIA		Pagamento	Saldo
Renda obtida pelo requerente			Hipoteca/aluguel			
Renda do cônjuge do requerente			Eletricidade			
Benefícios da segurança social			Gás			
Renda de pensão/aposentadoria			Telefone			
Seguro desemprego			Água			
Indenização do trabalhador			Compras de mercado			
Renda com juros/dividendos			TV a cabo			
Pensão para filhos			Pagamento de carro			
Pensão alimentícia			Celular			
Renda com aluguel de imóveis			Creche			
Ajuda alimentícia			Pensão para filhos/alimentícia			
Outros			Medicamentos prescritos			
Outros			Cartões de crédito:			
RENDA BRUTA TOTAL:			1.			
			2.			
			3.			
ATIVOS			Outra conta médica/hospitalar:			
Dinheiro disponível em espécie						
Poupança						
Conta corrente						
Certificados de depósito						
Valores mobiliários						
Seguro de vida						
Outros imóveis						
Outros						
Veículo/marca e modelo:	Ano	Valor	Despesas com seguro:			
			1. Automóvel			
			2. Propriedade			
			3. Seguro médico/de vida			
			Outros pagamentos de empréstimos:			
			1.			
			2.			
			Outros pagamentos mensais:			
			COBRA			
			seguro de vida			
			3.			
VALOR TOTAL DOS ATIVOS:			TOTAL DE DESPESAS MENSAIS:			

COMENTÁRIOS: _____

Certifico, por meio deste documento, que as informações acima são verdadeiras e completas ao meu conhecimento. Autorizo, por meio deste documento, o hospital a obter informações de agências externas de crédito, se o hospital considerar isso necessário.

Data

Assinatura do paciente, do cônjuge, fiador ou representante legal

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA
FINANCEIRA DA PROVIDENCE HEALTH SERVICES**

CERTIFICAÇÃO

Minha assinatura neste formulário certifica que todas as declarações são verdadeiras ao meu conhecimento e que eu revelei todos os fatos relativos às minhas finanças. Eu entendo e reconheço que qualquer deturpação das minhas finanças em associação a este Requerimento ou qualquer omissão em cooperar com os esforços para me qualificar para programas que podem cobrir o custo da minha assistência (por exemplo, Medicaid, reivindicação por lesão pessoal, indenização do trabalhador) pode invalidar qualquer prêmio de Assistência Financeira e que eu serei financeiramente responsável pelos serviços prestados. Concordo em permitir que a Providence Health Services ou seus representantes solicitem e analisem um relatório sobre meu crédito e tomem outras medidas razoáveis para validar todas as informações fornecidas.

Entendo que, se eu me qualificar para a assistência financeira parcial, serei responsável pelo pagamento da parte restante da minha conta.

Declaração referente à receita bruta (antes de impostos e retenção)

Renda anual total da minha residência (adicione as Colunas Anuais do Paciente e do Cônjuge do outro lado e anote o total abaixo):

Declaração referente à falta de renda

Descreva brevemente sua situação financeira/de vida e por que você precisa de assistência financeira para sua(s) despesa(s) médica(s).

Assine abaixo:

Paciente/responsável (Data)